

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°.....

611

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Donatien, Anne-Marie GOURDET

Né le 5 Janvier 1912, à NANTES (Loire-Inférieure)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'INVERSION UTÉRINE AIGÜE
APRÈS AVORTEMENT

Président : M. LENORMANT, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

118

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Donatien, Anne-Marie GOURDET

Né le 5 Janvier 1912, à NANTES (Loire-Inférieure)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'INVERSION UTÉRINE AIGÜE APRÈS AVORTEMENT

Président : M. LENORMANT, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

I. — Professeurs

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique de neuro-chirurgie
 Clinique cardiologie
 Assistance médico-sociale

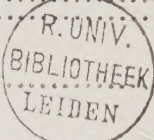
Professeurs sans chaire

MM.
 ROUVIERE.
 LÉON BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ABRAMI.
 MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL-
 LAVASTINE
 FIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEPER.
 CARNOT.
 Marcel LABBE.
 CLERC.
 LEREBoullet
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 CHEVASSU.
 LEVY-SOLAL.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 MOCOQUOT.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 VILLARET.
 TROISIER
 MATHIEU.
 Clovis VINCENT.
 LAUBRY.
 N...
 HAZARD.
 HOVELACQUE.
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIE.
 VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 FENARD Henri Pathologie médicale.
 BERNARD EL. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FUNCK-
 BRENTANO... Pathologie chirurgicale.
 FEY Urologie.
 GAILLARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.

MM.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES .. Pathologie chirurgicales
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.



MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE ..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
NEVEU- LEMAIRE ..	Parasitologie.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
DONZELOT ...	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT ..	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale
BROcq	
CADENAT	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	
VELTER	
ECALLE	} Clinique obstétricale
METZGER	

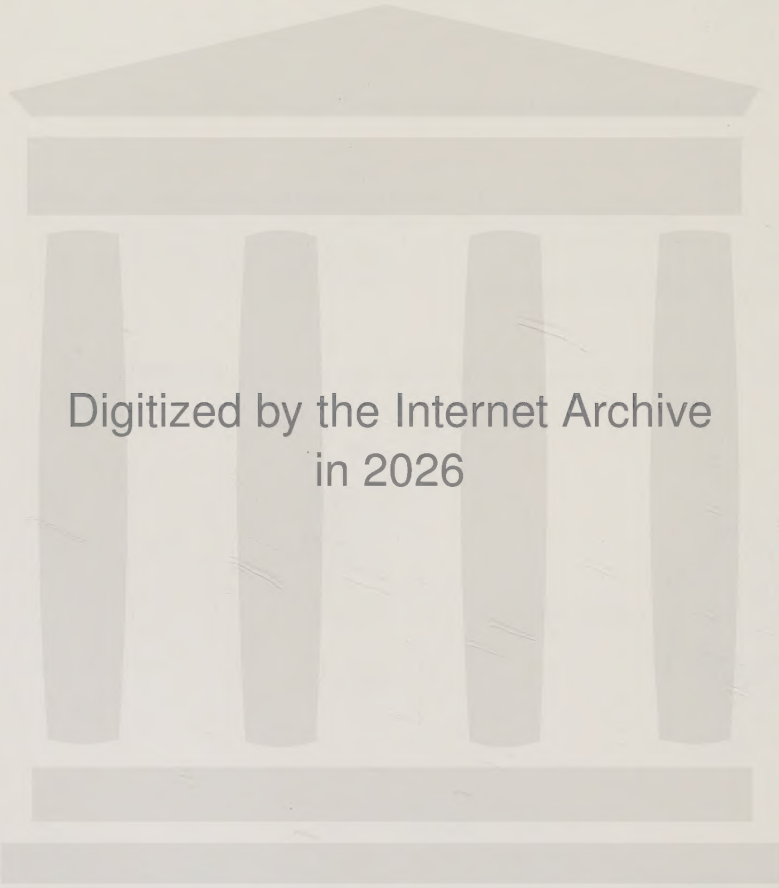
V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé
LEDoux-LEBARD
RUPPE
WEILL-HALLE

Education physique.
Radiologie clinique.
Stomatologie.
Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Le Docteur Julien GOURDET

Chirurgien des Hôpitaux de Nantes

Chef du Service d'Urologie

Chargé de cours d'urologie à l'Ecole de Médecine

Mon Premier Maître.

*« Sa loyauté, sa droiture et sa douceur
l'on fait aimer de tous ceux qui l'ont
connu. Il restera l'honneur des siens ».
(Eccl. 39).*

A MA MERE

A MES FRERES ET SŒURS

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Professeur LENORMANT

Professeur de Clinique Chirurgicale

Chirurgien de l'Hôpital Cochin

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

Hommage de profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Georges FAVREUL

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien Chef des Hôpitaux de Nantes

*Qu'il trouve ici l'expression de toute
ma gratitude.*

A MON AMI

Le Docteur Pierre RIOU

Chef de Clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Nantes

*Qui m'a guidé dans l'élaboration de ce
travail; qu'il me permette de lui expri-
mer mes sincères remerciements.*

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE NANTES

Stage

Monsieur le Professeur SEBILLEAU
Monsieur le Professeur Henri LERAT (*in memoriam*)

Externat

Monsieur le Docteur Fernand LERAT
Monsieur le Docteur GAUDUCHEAU
Monsieur le Professeur FAVREUL
Monsieur le Professeur Henri LERAT (*in memoriam*)
Monsieur le Docteur DUVERGER
Monsieur le Professeur PICARD
Monsieur le Professeur SEBILLEAU

Internat f.f.

Monsieur le Docteur POUMIER

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE NANTES

A MES CAMARADES DE L'EXTERNAT
DES HOPITAUX DE NANTES

A MON MAITRE
DE L'HOPITAL DE LA MARINE DE BREST

Monsieur le Médecin Principal BUFFET
Neuro-psychiatre des Hôpitaux

DEFINITION ET INTRODUCTION

L'inversion de l'utérus est le retournement de l'utérus (GUILLEMEAU). C'est une introversion, une invagination de l'utérus dont le fond se déprime, pénètre peu à peu dans l'intérieur de l'organe, arrive progressivement au niveau du col, le franchit même, s'engage dans le vagin et peut sortir finalement parfois hors de la vulve. Dans le cas d'inversion complète, comme il sera exposé dans notre observation, l'utérus est retourné comme un doigt de gant : il pend hors des grandes lèvres comme une volumineuse tumeur, dont le revêtement n'est autre que la muqueuse utérine.

L'inversion utérine peut être aiguë ou chronique.

L'inversion utérine peut être parfois d'origine polypeuse : un polype inséré sur le fond utérin entraînant à sa suite l'utérus. Elle est ordinairement d'origine obstétricale : c'est un accident de la délivrance au cours des accouchements. Encore les accoucheurs n'ont-ils que rarement l'occasion de le rencontrer. On ne signale qu'un cas sur 200.000 accouchements environ.

C'est un accident beaucoup plus rarissime encore au cours des avortements.

Nos recherches nous ont permis de voir citer seulement deux noms d'auteurs : VOGEL et SCOTT qui ont vu des inversions utérines aiguës d'origine abortive.

Notre ami le Docteur PIERRE RIOU, chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Nantes, ayant eu récemment, au cours d'une garde à l'Hôtel Dieu l'occasion d'observer, de traiter et de guérir une inversion utérine aiguë, compliquant un avortement au troisième mois, nous avons eu l'idée de faire notre thèse sur ce sujet.

Nos recherches à la bibliothèque de l'école de médecine de Nantes, ne nous ont permis de découvrir qu'une seule observation d'inversion utérine au cours des fausses couches, et d'autre part, nos maîtres tant d'obstétrique que de chirurgie de l'Ecole de Médecine ou des hôpitaux de Nantes, n'ont jamais rencontré au cours de leur carrière un seul cas.

Notre travail sera donc basé sur deux observations, mais ces deux cas seuls et l'étude que nous avons pu faire de la question, nous permettent de dire que l'inversion utérine aiguë au cours d'une fausse-couche se présente et doit se traiter comme toute, comme une inversion utérine aiguë au cours d'un accouchement.

Ayant consulté les principaux travaux sur le sujet : le rapport de OUI au congrès de gynécologie et d'obstétrique de Nantes 1902, les thèses de FRESSON (Paris 1902), de GRABIÉ (Paris 1903), de PELLIZZA (Paris 1924), de MARIUS CAUNEAU (Paris 1934), et diverses publications dans le *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, nous essaierons dans ce modeste travail de faire une revue générale de ce sujet.

Après avoir publié notre observation inédite, nous ferons un court rappel de l'histoire de la question, puis nous exposerons l'étiologie, l'anatomie pathologique, le tableau clinique, le diagnostic et le traitement de l'inversion utérine aiguë au cours des avortements.

OBSERVATIONS

OBSERVATION INÉDITE (Dr Pierre RIOU).

Mme L... Jeanne, 32 ans, ménagère, demeurant à Nantes, est envoyée à l'Hôtel-Dieu le mardi matin 21 mars vers 9 h. 30 pour fausse-couche.

C'est une malade dans les antécédents de laquelle on ne relève rien de remarquable. Son père est mort de bacillose pulmonaire. Sa mère est bien portante. Elle a un frère qui jouit d'une santé parfaite. Elle-même, à part les maladies de l'enfance, rougeole et coqueluche, n'a jamais été atteinte d'aucun trouble pathologique. Elle a toujours été bien réglée : règles durant 3 à 4 jours, indolores, normalement abondantes, survenant tous les 28 jours. Pas de pertes blanches.

Mariée à 18 ans, elle est mère de trois enfants : une fille de 12 ans, un garçon de 8 ans et un petit garçon de 16 mois. Ces trois accouchements se sont passés très normalement avec l'assistance d'une sage-femme. Au deuxième accouchement cependant, le travail fut long et demanda plusieurs jours. La dilatation était à cinq francs le premier jour, et ce n'est que quatre jours après qu'elle fut complète et que l'accouchement se produisit. Dans l'intervalle, la malade n'éprouva pas la moindre colique utérine, tout se passa sans la moindre douleur. La sage-femme parla d'inertie utérine.

Les dernières règles, normales comme toujours, datent des 3 à 4 premiers jours de janvier 1939. En février et

en mars, pas de règles, cependant que la femme présente tous les troubles de ses grossesses antérieures : nausées, vomissements, maux de tête, etc..., mais en somme, cette nouvelle grossesse évoluait normalement.

Au début du mois de mars la malade présente quelques pertes sanglantes. C'étaient des pertes peu abondantes, n'obligeant pas à se garnir, se produisant sans la moindre douleur à type colique et se répétant tous les jours.

Le 16 mars, vers 3 heures de l'après-midi, survient une hémorragie extrêmement abondante de sang rouge mêlé de caillots noirâtres. La malade qui, jusque-là vaquait à ses occupations comme d'habitude, s'alite. Une voisine téléphone à un médecin qui ne peut se déplacer. L'hémorragie persiste très abondante pendant 4 heures, et ce, sans la moindre douleur de colique. Vers 20 heures, expulsion d'un fœtus au milieu des caillots. Peu après, l'hémorragie se calme.

Le lendemain et les jours suivants, la malade présente quelques pertes sanglantes ; mais ces pertes sont peu abondantes « comme au cours des règles normales », dit-elle.

Aussi, le médecin n'étant pas venu le premier jour, la malade, qui ne se trouve pas trop mal, estime qu'il est inutile de l'appeler à nouveau.

Le dimanche 19 mars à son réveil, la femme a l'impression d'un corps étranger dans le vagin « comme d'un caillot qui voulait sortir », dit-elle. Dans la journée, cette sensation persiste ; mais elle n'éprouve aucune douleur, aucune vraie colique. C'est une sensation de gêne simplement. Les pertes sanglantes ont d'ailleurs changé de caractère : elles sont plus abondantes ; c'est du sang noirâtre, qui sent mauvais.

Le lundi, cet état persiste.

Le mardi matin, vers 7 h. 30, la malade éprouve une violente envie d'aller à la selle, c'est à la fois un ténésme

rectal et un ténesme vésical. Elle se lève, va au cabinet et c'est là que dans des efforts de miction et de défécation, que la malade voit tout à coup quelque chose qui lui sort de la vulve entre les cuisses. En même temps se produit une hémorragie. Une voisine téléphone successivement à quatre médecins, qui ne peuvent accourir immédiatement. Enfin, vers 9 heures arrive un médecin qui porte le diagnostic de fausse-couche, et envoie la malade immédiatement à l'hôpital.

La femme, une demi-heure après, arrive à l'Hôtel-Dieu où elle est vue successivement par l'externe et l'interne de garde. Ceux-ci font le diagnostic de fausse-couche avec placenta en partie dans le vagin, en partie éliminé entre les cuisses. Ils appellent un docteur en médecine qui passait devant la salle de chirurgie urgente ; celui-ci porte le même diagnostic, et se met en devoir de pratiquer la délivrance. Il enlève manuellement et effectivement une partie du placenta, mais, malgré ses efforts, ne peut extraire ce qui pend entre les cuisses. De guerre lasse, il quitte la malade en recommandant à l'interne de faire venir le chirurgien de garde.

A 10 h. 30, le Docteur RIOU, chirurgien de garde, arrivant à l'Hôtel-Dieu, est demandé par l'interne de garde qui le prie de venir voir une femme très fatiguée atteinte de fausse-couche dont le placenta fait en partie issue hors de la vulve. L'interne s'excuse de n'avoir pu (parce qu'il est atteint d'une contusion du pouce) enlever lui-même ce placenta. Il lui signale qu'il a fait appel à un collègue qui a tenté l'extraction sans y réussir.

Pénétrant à la salle d'urgence, le Docteur RIOU se trouve en présence d'une femme saignée à blanc, et dans un état de choc extrêmement marqué. Entre les cuisses de cette malade pend une tumeur piriforme à grosse extrémité inférieure, de la taille d'un poing environ, à surface irrégulière parsemée çà et là de quelques débris pla-

centaires adhérents et de fibres utérines à moitié déchirées, arrachées. Cette tumeur ne saigne pas.

Il n'y a pas le moindre doute : il s'agit d'une inversion utérine. Le toucher d'ailleurs confirme le diagnostic avec certitude. La tumeur est de consistance mollassse se continuant dans le vagin par un pédicule circonscrit tout à fait en haut du vagin par le bourrelet circulaire saillant du col. Entre ce bourrelet et le pédicule existe une rigole circulaire.

La malade est dans un état des plus alarmants : facies horriblement pâle, extrémités refroidies, respiration rapide, pouls absolument incomptable. Elle semble ne pas entendre les questions qu'on lui pose. Elle est dans un état syncopal inquiétant malgré les tonicardiaques que lui a faits généreusement l'infirmière.

Sans perdre un instant, le Docteur RIOU se munit de gants, fait installer la malade en position gynécologique, badigeonne de mercurochrome la tumeur utérine prolabée. Sans la moindre anesthésie, en quelques secondes, avec la grosse curette, il enlève les débris placentaires encore adhérents à la surface utérine, ce qui se fait sans la moindre hémorragie. Il se met aussitôt en devoir de réduire l'inversion utérine. La réduction s'obtient en quelques secondes en saisissant dans la main droite, la tumeur utérine en masse par toute sa périphérie, et par un mouvement de pression concentrique et de pression vers le haut combinées. Au moment où la tumeur utérine, se désinvaginant, franchit le col, la malade, jusque-là inerte et sans voix pousse des gémissements plaintifs. La réduction obtenue, on traite l'état de choc : sérum physiologique intra-veineux, 1 litre ; strychnine spartéinée, caféine, camphre. La malade revient difficilement de son état de choc. Elle est envoyée salle 18, au lit 28, dans le Service du Professeur FAVREUL. Là on met encore tout en œuvre pour la réchauffer et la tonifier. Dans la soirée,

une transfusion de sang peu abondante est pratiquée par M. LEMERLE, interne. On prescrit de la glace sur le ventre et du rubiazol à raison de dix comprimés par jour.

Dès le lendemain, la malade est beaucoup mieux et semble hors de danger. Elle continue pendant les quatre semaines où elle reste dans le Service du Professeur FAVREUL à remonter peu à peu l'état de choc et d'hémorragie du premier jour. Jamais elle ne présente la moindre température anormale ; jamais ne survient la moindre perte de sang. Tout au plus perd-elle un peu de sérosité rosée, tachant peu la garniture et ne sentant pas mauvais. Vers le quinzième jour, elle se plaignait de douleurs dans la région lombaire, et de douleurs dans le mollet gauche. En même temps, les urines diminuèrent de quantité atteignant seulement un litre par jour ; mais cet incident n'eut pas de suite.

La malade quitte l'hôpital le 17 avril.

Nous avons été la voir à son domicile le 5 mai, et c'est alors que nous avons, par un interrogatoire précis, pu compléter notre observation. Nous avons convoqué cette femme pour l'examiner à l'Hôtel-Dieu le 7 mai.

C'est une personne plutôt obèse, aux parois abdominales flasques. L'état général est bon, bien que cette femme s'essouffle assez facilement dans ses travaux de ménagère. On ne trouve aucune tare organique. Bien qu'elle déclare que ses accouchements se soient passés très simplement, il existe des traces indubitables de déchirure du périnée.

Elle n'a présenté aucune perte sanglante depuis son séjour à l'hôpital. Les règles sont apparues avec leur caractère habituel depuis deux jours.

Le toucher vaginal permet de reconnaître un col utérin à sa place normale. Ce col est régulier, fermé.

Le corps utérin se trouve dans sa situation habituelle,

Il est de dimensions normales. Les culs-de-sac vaginaux sont souples et indolores.

En somme, voilà une femme atteinte d'une inversion utérine d'origine abortive, remarquablement guérie par simple réduction manuelle.

OBSERVATION HEINTZE (*Thèse Strasbourg, 1923*).

Inversion utérine du deuxième degré par suite d'un avortement du troisième mois. Multipare de 29 ans. Douze jours après un avortement soigné par une sage-femme, le médecin trouve une inversion utérine avec placenta adhérent. Il enlève le placenta et envoie la malade à l'hôpital. Au toucher, on sent une tumeur dans le vagin, ainsi que tous les signes caractéristiques de l'inversion utérine accompagnés d'une forte hémorragie, d'écoulements fétides et d'un peu de fièvre. Opération : Colpotomie antérieure, hystérotomie médiane partielle, réduction.

La malade meurt de péritonite.

HISTORIQUE

L'histoire de l'inversion utérine d'origine abortive, se confond avec celle de l'inversion utérine de cause obstétricale en général. C'est une affection qui, malgré sa rareté, a été de tous temps connue en raison de sa gravité et de la difficulté de son traitement. Dès 1776, LEROUX, de Dijon, l'étudiait fort bien au point de vue anatomique et clinique. Au XIX^e siècle, les travaux se multiplièrent. Mais, c'est surtout autour de l'an 1900 qu'accoucheurs et chirurgiens mirent au point la question. BAR donne une théorie pathogénique; OUI, dans son rapport au Congrès gynécologique et d'obstétrique de Nantes (1901) et FRESSON dans sa thèse de Lille (1902), font une revue générale du traitement. GRABIÉ dans sa thèse de Paris 1903 « l'inversion utérine récente », expose surtout la théorie pathogénique de BAR. Plus récemment, Marius CAUNEAU fait sa thèse (Paris 1934), sur l'inversion utérine chronique d'origine obstétricale en se basant sur trois observations inédites du Professeur d'obstétrique de l'Ecole de Médecine de Nantes : M. LEROUX.

On ne trouve dans toute la littérature médicale, aucun travail particulier sur l'inversion utérine au cours des fausses-couches, en raison de la rareté extrême de l'affection. C'est au plus si on trouve de temps

à autre une observation et un nom d'auteur cités. VOGEL, dans une étude parue dans « *l'Obstétrique* » année 1901, intitulée : Contribution à l'étude de l'inversion utérine, cite seulement cinq cas d'inversion utérine consécutifs à des fausses-couches. SCOTT en aurait vu un cas, et nous rappelons que HEINTZE dans sa thèse de Strasbourg (1925) a publié une observation que nous avons résumée ci-dessus.

ETIOLOGIE

FRÉQUENCE. — L'inversion utérine d'origine obstétricale qu'elle soit aiguë ou chronique est une affection rare. Nous rappelons que la plupart des auteurs sont d'accord pour affirmer qu'on en voit une par 200.000 accouchements environ.

L'inversion puerpérale est dans la règle la complication d'une grossesse à terme. Nous n'avons trouvé dans toute la littérature médicale que six cas relatés, consécutifs à des fausses-couches : deux cas de SKAL et de WOODSON au quatrième mois, deux cas de SPAËTT et de BRADY, au sixième mois; un cas de BROWN, au sixième mois; (VÖGEL, *l'Obstétrique*, 1901), une observation de HEINTZE (thèse de Strasbourg, 1925) au troisième mois. Avec notre observation inédite, cela fait au total sept inversions utérines connues après fausses-couches. Certes, bien des cas n'ont pas été publiés. Certains auteurs, tel SCOTT disent en avoir vu sans donner leur observation, et enfin, des publications ont pu échapper à nos recherches.

On peut tout de même conclure que si l'inversion utérine est une complication rare de la grossesse à terme, c'est une complication de plus en plus rare à mesure que l'on s'éloigne du terme. Elle se voit plus

volontiers au sixième mois qu'au cinquième, au cinquième mois qu'au quatrième, etc... Notre observation personnelle constitue, croyons-nous, le seul cas où l'inversion soit survenue à l'occasion d'une fausse-couche de 2 mois et demi environ.

CAUSE PRIMITIVE ET INDISPENSABLE. — « Avant tout, c'est l'inertie utérine qui constitue cet état de parésie bien particulier de la fibre utérine qui se refuse à toute contraction, si bien connu des accoucheurs. L'utérus est là, flasque, mou. Il est facile de comprendre que la moindre pression, le moindre tiraillement sur le cordon, le retourneront alors très facilement. Que l'inertie soit totale ou seulement localisée au niveau de l'insertion placentaire, le résultat est le même.

C'est une condition presque indispensable à l'inversion.

La multiparité qui s'accompagne d'un état de flaccidité spécial du muscle utérin et d'une grande minceur de ce muscle, serait également une cause favorisante ».

Un col largement ouvert est indispensable au passage de la masse utérine.

CAUSES ADJUVANTES. — Les tractions intempestives, répétées, hâtives sur le cordon, dans le but de décoller le placenta et de délivrer la femme, peuvent amener le renversement utérin, surtout s'il existe des adhérences utéro-placentaires. L'accoucheur tire sur le cordon; le placenta ne se décollant pas, le muscle utérin le suit et, croyant libérer la patiente de l'arrière-faix, l'opérateur inverse en réalité l'utérus.

L'expression utérine, pour évacuer le placenta, lorsqu'elle est faite avec trop de rigueur ou par des mains inexpérimentées qui localisent leur pression, est aussi une cause d'inversion utérine fréquente. L'emploi de la méthode de Credé a permis d'observer cet accident.

On cite d'autres causes plus rares qui sont également possibles. Ce sont la brièveté du cordon; un cordon trop court à la fin du travail peut tirer sur un arrière-faix quelque peu adhérent et amener avec lui le fond utérin.

Une femme surprise, accouchant debout, ce qui est fort rare, la femme ayant dans ce cas une tendance à s'accroupir, peut inverser son utérus, toujours par le mécanisme de tiraillements sur le cordon; c'est le poids du fœtus qui est alors actif.

Le fœtus, lorsqu'il est chassé par les contractions utérines pourrait, en agissant à la manière d'un piston, qui fait le vide derrière lui, retourner l'utérus.

JACQUEMIER a soutenu que, par son seul poids, le placenta pouvait entraîner le muscle utérin.

Nous n'écarterons pas dans cette étude étiologique, certaines causes qui intéressent plus particulièrement le gynécologue : ce sont le polype et d'une manière générale les tumeurs d'origine utérine.

Mais il faut bien le dire, dans certains cas, on ne trouve aucune cause adjuvante. Il n'y a pas eu la moindre intervention intempestive; l'inversion s'est produite d'une manière insidieuse pendant la période qui s'étend entre l'expulsion du fœtus et la délivrance, sans que l'accoucheur ait pratiqué la moindre traction

sur le cordon, la moindre pression sur le fond utérin. Les deux observations que nous publions, la nôtre et celle de HEINTZE, démontrent bien, qu'en dehors de toute manœuvre, l'inversion peut se produire et de plus, que l'inertie utérine est la vraie cause de l'inversion. Il s'agit d'inversions qu'on pourrait qualifier de spontanées. Dans notre observation, où nous avons pu avoir de la malade tous les renseignements que nous avons demandés, nous lui avons bien fait préciser qu'il n'y avait eu aucune manœuvre. Cette femme à parois flasques, accouchait habituellement sans présenter de coliques utérines notables, et lors de son deuxième accouchement, le travail dura plusieurs jours. La sage-femme crut à une inertie utérine, aussi peut-on conclure que lors de la fausse-couche dont nous parlons, ce fut aussi l'inertie utérine qui détermina l'inversion.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La plupart des auteurs depuis LEROUX, de Dijon, distinguent avec COURTHY et BRINDEAU, trois degrés de l'inversion.

Le premier degré n'est constitué que par une simple dépression du fond utérin qui s'enfonce dans la cavité utérine, sans la dépasser : c'est *l'inversion en cul de fiole* de Mauriceau.

Dans le deuxième degré, le corps utérin inversé franchit le col plus ou moins contracturé, vient occuper le vagin formant une tumeur dont la base se perd au niveau du col; nous pourrions l'appeler *l'inversion en bolet jeune*.

Dans le troisième degré, le corps utérin a franchi la vulve et pend *en battant de cloche* entre les cuisses. Dans ce degré, le plus fréquent, le col est resté en place, ne participant pas à l'inversion.

Quelques auteurs ajoutent un quatrième degré, où le col utérin participant à l'inversion, l'utérus est complètement retourné.

La malade de notre observation présentant une inversion au troisième degré, c'est elle que nous prendrons comme type de description.

Vu par voie vaginale, l'utérus se présente de la fa-

çon suivante : sa surface interne est devenue externe et tapisse maintenant toute la masse, qui est rouge vif. Cette masse, peu volumineuse dans les cas aigus post-partum, était, chez la malade, du volume d'une orange. Au toucher, elle donnait l'impression d'être veloutée.

Le fond même de l'organe est le plus bas situé. Sur ce fond, on peut trouver de chaque côté deux petits orifices correspondant à la sortie des trompes dans l'utérus : ce sont les ostia uterina. Cette masse est plus grosse à sa base ; elle va en s'amincissant à mesure que l'on approche de son insertion, qui se fait par un véritable pédicule. Ce pédicule offre des particularités intéressantes. La masse utérine amincie pénètre dans un anneau circulaire formé par le col, qui peut serrer plus ou moins l'organe. Cet anneau détermine un bourrelet que sentira parfaitement le doigt de l'accoucheur qui aura à faire le diagnostic. Entre le bourrelet et le pédicule se trouve un sillon, lui aussi circulaire. Il constitue tout le tour de l'orifice d'entrée d'une cavité en cul-de-sac, dont la profondeur sera inversement proportionnelle au degré de l'inversion. Ainsi se présentent les choses du côté vaginal.

Voyons maintenant ce qui s'est passé du côté abdominal : supposons l'abdomen ouvert. Normalement l'utérus occupe une place entre le rectum et la vessie. Il est d'autre part, en contact avec un certain nombre d'organes qu'il va entraîner, apportant ainsi des déplacements assez considérables.

L'utérus est inversé, son absence forme un vide en-

tre le rectum et la vessie : on voit alors un orifice en forme d'entonnoir, orifice qui est entouré d'un bord arrondi, constitué par la surface externe de l'utérus. Cette surface est recouverte par le péritoine. L'orifice constitue l'entrée d'une cavité ou infundibulum, dans laquelle, au cours de l'intervention, on peut faire pénétrer le doigt. Ont suivi le fond utérin : les trompes, **qui** sont tendues; si on les suit on voit qu'elles descendent sur les bords latéraux de l'infundibulum jusqu'au fond. Nous retrouverons facilement leurs orifices par le vagin : les ostia uterina. On peut comparer l'utérus inversé vu par l'abdomen à un vase du fond duquel sortent les trompes, comme des fleurs qui s'épanouissent par leurs pavillons. L'ovaire reste en dehors de la cavité utérine.

Les ligaments ont suivi eux aussi. Les ligaments larges se sont plissés pour pénétrer dans l'infundibulum. Les ligaments ronds, qui viennent des orifices inguinaux internes, se sont tendus. De même les ligaments utéro-vésicaux.

Le ligament suspenseur de l'ovaire de His est le plus tendu. BAR le considère comme un véritable frein, comme un ligament d'arrêt de l'inversion. Il a examiné une pièce anatomique d'une femme morte d'inversion utérine. De la colonne lombaire jusqu'à l'infundibulum le ligament formait, sous le péritoine, un tendon saillant.

Toujours d'après BAR, il serait le seul à jouer un rôle d'arrêt efficace. En effet, le ligament rond, qui est long, peut suivre l'utérus sans se trouver trop tendu;

il en est de même pour les ligaments larges. Tant qu'aux ligaments utéro-sacrés et pubio-vésico utérins, ils s'insèrent sur la base du col et ne peuvent de ce fait s'opposer à l'inversion.

Les vaisseaux utéro-ovariens pénètrent aussi dans l'infundibulum; ils vont être tendus.

Au niveau du pédicule de la tumeur, que forme le muscle utérin, se trouve, nous l'avons vu, un anneau formé par le col. Cet anneau pourra se contracter, il y aura de ce fait, une modification de la circulation sanguine, l'utérus devenant une véritable tumeur étranglée. Les veines de consistance molle subiront beaucoup plus facilement la constriction que les artères plus dures, d'où stase sanguine, œdème, hémorragies.

SYMPTOMATOLOGIE

Le tableau clinique de l'inversion utérine aiguë après avortement est le même que celui de l'inversion après accouchement.

L'inversion utérine s'accompagne de signes locaux et de signes généraux.

Signes locaux

Nous prendrons comme type de description, l'inversion utérine du troisième degré, comme dans notre observation.

Après une période de début plus ou moins longue de quelques minutes, quelques heures, un jour, suivant le cas, et pendant laquelle la femme a éprouvé le besoin impérieux de pousser, d'aller à la selle, d'uriner (voir notre obs. I), tout d'un coup, une tumeur turgescente, violacée, irrégulière fait issue par la vulve.

Au point de vue local, deux cas sont à envisager : le placenta a été expulsé ou bien il est encore adhérent. Voyons d'abord le cas où il a été expulsé.

La tumeur qui paraît à l'extérieur a un volume qui varie de celui d'un poing à celui d'une petite tête de fœtus. Elle est piriforme avec sa grosse extrémité en bas. Elle a un aspect rougeâtre, villex; elle est parfois

saignante et parsemée de points rouges, qui sont des vaisseaux béants, source de l'hémorragie. Elle est recouverte de lambeaux de caduque et de caillots. Il n'y a pas d'orifice à sa partie inférieure; mais sur les parties latérales, on constate deux petits trous distants l'un de l'autre d'environ deux centimètres. Ce sont les orifices des trompes, parfois difficiles à trouver, car ils sont cachés dans un repli de la muqueuse.

L'utérus inversé est le siège d'une sensibilité spéciale. La douleur que l'on provoque à la pression est d'une nature toute particulière. Elle est semblable à celle qui est produite par la pression du testicule chez l'homme. « Elle a quelque chose de poignant et qui va au cœur », dit DENUCÉ. Cette douleur appartient à la fois au tissu utérin, au péritoine qui le double et à l'ovaire qui est souvent comprimé. Elle peut prendre des proportions considérables et amener l'état de choc dont nous parlerons tout à l'heure. Cette sensibilité est un bon moyen de diagnostic. On peut la mettre en évidence par plusieurs moyens. En projetant un jet d'eau chaude sur l'organe, on le voit se contracter. Sa piqûre produit une douleur assez vive. Cette propriété de l'utérus inversé n'est pas absolument constante. POLAILLON et LEGUEU ont signalé des cas où l'utérus inversé était complètement insensible. Du reste BERGER et RIBEMONT ont montré que la muqueuse utérine était insensible à l'état normal.

Un signe important permettant de reconnaître que l'on a affaire à un utérus inversé, est le mode d'implantation de la tumeur. Nous avons vu que l'utérus

inversé se termine en haut par un pédicule pénétrant dans un anneau plus ou moins dilaté qui est le col. Ce pédicule occupe exactement le centre de la rainure circulaire que le doigt ou une sonde trouve à 15 ou 20 millimètres de profondeur. Ce signe est important pour distinguer l'inversion du polype. Celui-ci, en effet, s'implante habituellement sur les parties latérales et la rainure entourant le pédicule est beaucoup plus élevée.

En palpant la tumeur inversée, on voit qu'elle est en partie réductible comme toutes les tumeurs vasculaires. Ce caractère, bien vu par SABATIER, BAUDELOQUE et SIMS est spécial à l'inversion.

La constatation de l'absence de l'utérus à sa place normale vient enfin confirmer le diagnostic. Par le palper, les doigts, au lieu de trouver la saillie de l'utérus, plongent dans une cavité. Le toucher rectal montre aussi l'absence de l'organe. On peut aussi s'en assurer par l'exploration vésicale au moyen d'un cathétérisme. La rencontre du doigt rectal et de la sonde, qui ne sont séparés que par de minces membranes, donne la certitude que la place occupée normalement par l'utérus, est vide. MALGAIGNE (*Gazette des hôpitaux*, 1836) et P. DUBOIS-DÉSORMEAUX (*Dictionnaire en 30 volumes*) ont beaucoup insisté sur ce moyen d'investigation.

Quand le placenta est encore adhérent à l'utérus, la masse qui fait saillie hors de la vulve est plus volumineuse. On reconnaît facilement la face fœtale du délivre, à sa couleur brillante, son aspect lisse, à l'inser-

tion du cordon, aux vaisseaux qui rampent sous les membranes. L'hémorragie peu abondante quand le placenta est complètement adhérent, et qui est réduite simplement à un suintement sanguin autour de la masse, car les sinus utérins ne sont pas ouverts, peut être abondante si l'adhérence n'est pas complète, et si quelques cotylédons ont été détachés. L'écoulement est d'autant plus considérable que la surface de décollement est plus large. D'après BAUDELOCQUE et JACQUEMIER, les hémorragies sont dans ce cas moins abondantes, et moins rapides, que dans les cas d'inertie sans retournement de l'utérus, parce que le col peut agir comme agent hémostatique en faisant une ligature élastique au sommet de la tumeur.

Mais, soit que le placenta adhère encore à l'utérus, soit qu'il ait été expulsé, l'hémorragie est sous la dépendance de l'état de contraction ou d'inertie du muscle utérin. Dans ce dernier cas, quand le placenta a été détaché, l'hémorragie est extrêmement abondante, parfois foudroyante. Très réduite quand l'utérus se contracte, elle est à peu près nulle, quand le placenta est complètement adhérent; elle peut être abondante quand une partie est détachée; surtout dans le cas où le muscle utérin est inerte.

Signes généraux

Les symptômes généraux sont extrêmement graves dans l'inversion aiguë : l'état de notre malade était des plus alarmants. L'on pouvait s'attendre à une mort imminente.

Quand la malade n'est pas trop épuisée pour parler, elle se plaint de douleurs extrêmement violentes dans l'hypogastre, dans les reins, dans les cuisses, c'est une sensation de déchirement, d'arrachement.

Les malades peuvent être épuisées par l'hémorragie et surtout par le choc.

L'hémorragie est variable : très faible si le placenta n'est pas décollé; moyenne si la délivrance est faite et l'utérus rétracté; profuse, très abondante et rapidement très grave si le col utérin est serré et l'utérus, comme c'est la règle, en état d'inertie totale.

Cette hémorragie abondante donne lieu à ses troubles habituels : petitesse et fréquence du pouls, hypotension artérielle, hypothermie, refroidissement des extrémités, décoloration des téguments et des muqueuses, respiration accélérée et anxieuse, tendances syncopales, etc...

Beaucoup de ces troubles habituels aux hémorragies, existent d'ailleurs souvent même quand la femme n'a pas énormément saigné. Ils sont en rapport avec cet état de choc complexe, ayant beaucoup d'analogie avec la syncope traumatique, mais ne lui étant pas absolument identique. Différents observateurs ont été, en effet, surpris de la rapidité, de la brusquerie avec laquelle la mort a pu survenir chez les femmes dont l'utérus était inversé, mais chez lesquelles l'écoulement sanguin n'avait pas été réellement abondant. Il faut donc faire une certaine part à ces phénomènes d'inhibition dans la production des accidents mortels. C'est même souvent au moment où l'on pratique la réduc-

tion de l'utérus que l'on observe cet accident. Brusquement la malade pâlit, ses traits se tirent, ses lèvres bleuissent, ses pupilles se dilatent, ses yeux sont fixes et enfoncés dans leur orbite, la sensibilité sinon disparue est du moins très émoussée; la parole est lente; il faut une question brève, impérative, pour obtenir une réponse juste d'ailleurs et qui prouve une intelligence encore présente. La respiration est faible, irrégulière, rare, parfois suspicieuse; le pouls est petit, fréquent, licrote; les battements du cœur sont à peine appréciables, les extrémités sont refroidies. Le thermomètre accuse un abaissement très net de température qui descend à 36° et parfois 35°. La malade, qui est en pleine résolution musculaire, n'accuse d'ailleurs aucune souffrance, et la mort peut survenir sans que cette stupeur se dissipe. Parfois la réaction s'opère; la douleur se rétablit, la respiration se régularise, le pouls reprend sa force primitive; le danger est alors conjuré.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'inversion aiguë de l'utérus n'est pas difficile à porter. Il se fait en quelques instants par la coexistence, avec un état de choc grave, des signes locaux nets, que nous avons analysés au tableau clinique. Encore faut-il savoir poser ce diagnostic et ne pas prendre, comme le firent deux internes et deux médecins, dans le cas qui a fait l'objet de notre observation inédite, l'utérus inversé faisant issue hors de la vulve pour un placenta seul.

Il faut distinguer l'inversion utérine du prolapsus, du polype, d'une rétention placentaire.

Le prolapsus utérin est un diagnostic différentiel classique. En réalité, il est extrêmement facile d'éliminer le prolapsus en présence d'une inversion. Le prolapsus utérin est exceptionnellement aigu. La tumeur a une forme tout à fait différente : piriforme à grosse extrémité supérieure. La petite extrémité inférieure présente un orifice central : l'orifice externe du col. En haut, pas de pédicule, pas de bourrelet circulaire, mais un vagin raccourci.

Mais le diagnostic avec un polype fibreux est plus difficile. La confusion a été faite bien des fois. DENUCE a pu réunir 43 erreurs de ce genre auxquelles sont attachés les noms les plus autorisés de la chirurgie : W.

HUNTER, A. PETIT, DENNAM, VELPEAU, LE FORT, GOSSE-LIN, BARNES, etc...

Dans le polype, en effet, comme dans l'inversion utérine, on trouve une tumeur arrondie munie d'un pédicule émergeant de l'orifice du col, et donnant lieu à des hémorragies avec toutes leurs conséquences.

Il est vrai que l'inversion que nous étudions succède à l'accouchement, mais il se peut que la femme, pour des raisons particulières, ait intérêt à ne pas révéler cet accouchement. DENUCÉ en a rapporté un exemple. On a vu, de plus, des polypes faire saillie hors de l'utérus à l'occasion d'un accouchement.

Tantôt des polypes ont été pris pour des inversions, tantôt des inversions pour des polypes.

Les caractères précis que nous avons donnés de l'utérus inversé doivent permettre d'éviter cette erreur. Nous rappelons en effet :

1° L'implantation centrale et non latérale du pédicule;

2° L'existence des orifices des trompes, sur l'extrémité inférieure de la tumeur;

3° La sensibilité spéciale, quelquefois accompagnée de contractilité que cette tumeur offre à la pression et à l'acupuncture;

4° La réduction partielle que l'on obtient dans le cas d'inversion;

5° L'absence de l'utérus à sa place ordinaire que l'on peut constater par les divers modes d'exploration que nous avons indiqués.

Quelques-uns de ces signes pourraient laisser un

doute, mais deux sont constants et pathognomoniques : le sensibilité spéciale de la tumeur, et l'absence de l'utérus dans sa position normale.

Dans le cas particulier d'inversion utérine aiguë d'origine abortive, nous croyons que le diagnostic doit être fait avec la rétention placentaire. Comme nous l'avons déjà dit dans notre observation, en effet, un médecin prit pour un placenta l'utérus inversé au troisième degré, auquel adhéraient encore quelques débris placentaires. Il pensait que ce placenta faisait pour moitié issue hors de la vulve, alors que l'autre moitié était restée dans le vagin. Il exerça même des tractions violentes sur ce placenta particulièrement adhérent et ses efforts n'eurent pour résultat que d'arracher quelques fibres musculaires utérines. C'était une erreur qui aurait pu être fatale à la malade. Le diagnostic pourtant est facile à faire, même dans le cas où le placenta reste adhérent à la surface de l'utérus inversé. L'absence d'utérus dans la région hypogastrique, l'existence dans le vagin d'une tumeur pédiculée, limitée par un sillon circulaire et par le bourrelet du col, doivent à coup sûr faire porter le diagnostic d'inversion et non de placenta.

PRONOSTIC

Le pronostic de l'inversion utérine aiguë d'origine abortive est grave, comme dans l'ensemble toute inversion aiguë d'origine obstétricale. La malade de notre observation a été guérie par la seule réduction manuelle, et se porte actuellement très bien; mais l'on ne saurait conclure d'après ce seul cas. La malade de l'observation de HEINTZE, traitée par la colpo-hystérotomie antérieure est morte de péritonite. Ce sont les deux seuls cas d'inversion utérine aiguë d'origine abortive, pour lesquels nous ayons des précisions.

Qu'on considère l'inversion utérine aiguë survenant après une fausse-couche ou après un accouchement, il s'agit toujours d'une affection très grave, amenant la mort dans 25 % des cas (CRAMPTON), dans 50 % des cas pour beaucoup d'auteurs. La mort se produit fréquemment en quelques heures par hémorragie ou choc nerveux. Si l'évolution se prolonge, la femme s'épuise en hémorragies répétées. La muqueuse utérine est exposée à l'infection qui peut se traduire par la péritonite ou la gangrène de l'utérus. Parfois, l'inversion passe à l'état chronique, comme l'a montré Marius CAUNEAU dans sa thèse basée sur six observations. L'inversion utérine chronique, abandonnée a

elle-même, aboutit un jour ou l'autre fatalement à la mort.

Le pronostic de l'inversion utérine aiguë dépend surtout d'un diagnostic rapide, d'une intervention immédiate : la réduction manuelle qui amène fréquemment la guérison comme dans notre observation. En cas d'échec, on est obligé de pratiquer une intervention sanglante.

Mais, nous ne devons pas oublier que ces méthodes thérapeutiques sont elles-mêmes graves. Comme le disait DEPAUL : « Tout est sérieux dans l'inversion, y compris le traitement ».

TRAITEMENT

Traitement préventif

Le véritable traitement prophylactique de l'inversion utérine consiste à tenir une conduite rationnelle pendant la période de la délivrance, au cours des fausses-couches et des accouchements. Il faut surveiller l'utérus, et s'abstenir de manœuvres intempestives. Il faut proscrire les essais hâtifs d'expression, les tractions violentes sur le cordon, et ne jamais pratiquer la délivrance, sans avoir une main sur le fond utérin.

On évitera autant que possible les cas spontanés, comme celui de notre observation en laissant la malade après la fausse-couche ou l'accouchement, au repos, au lit, en lui défendant tout effort violent et en surveillant après la toux ou les vomissements, la présence du corps utérin par le palper hypogastrique.

Traitement curatif

En présence d'une inversion qui vient de se produire, il ne faut songer qu'à la réduire immédiatement.

Pendant qu'un aide compétent traite l'état de choc, par les moyens habituels : tête basse, injections de toni-cardiaques, sérum physiologique intra-veineux et

sous-cutané, réchauffer la malade, boissons excitantes, etc..., l'opérateur se met en devoir de réduire d'urgence l'inversion.

On peut réduire l'utérus par manœuvres manuelles ou par intervention sanglante.

C'est aux manœuvres manuelles qu'il faut s'adresser dans l'inversion utérine récente. Elles ont permis un brillant succès dans le cas que nous avons observé.

Deux cas sont d'ailleurs à envisager suivant que le placenta est ou n'est plus adhérent.

— 1° *Le placenta est encore adhérent :*

a) S'il l'est totalement convient-il de le décoller au préalable pour réduire l'inversion immédiatement après ? Vaut-il mieux au contraire, réduire en masse utérus et placenta, et ne décoller ce dernier qu'après avoir rendu à l'utérus par les moyens appropriés, sa tonicité physiologique ? La question a été très discutée par les accoucheurs qui se sont occupés de l'inversion utérine après l'accouchement.

Certains auteurs se prononcent nettement pour le décollement préliminaire à toute tentative de réduction, d'autres opinent non moins nettement, dans le sens opposé.

Ces derniers font valoir que la présence du placenta n'augmente pas sensiblement les difficultés de la réduction, qu'il garantit l'utérus contre les pressions qu'il a à subir, enfin qu'il prévient l'hémorragie, au cas où l'inertie utérine persisterait après la réinversion.

Ces raisons ne semblent pas très convaincantes. Si

peu important que soit l'obstacle apporté à la réduction par la présence du placenta, cet obstacle n'en existe pas moins et doit être supprimé (Docteur ORI, traitement de l'inversion utérine). Les dangers des pressions exercées sur la paroi utérine paraissent très hypothétiques, et on ne trouve pas d'exemple où ces pressions aient déterminé d'accidents sérieux.

De beaux succès ont été obtenus par TARNIER et MATHEWS DUNCAN par la réduction sans décollement du placenta. Ces faits prouvent que la réduction est possible, mais non qu'elle est aussi facile qu'après la délivrance. De plus, cette délivrance faite à ciel ouvert est certainement plus facile et plus complète que celle effectuée après réinversion, et ce n'est pas un avantage à dédaigner.

b) La question ne se discute pas, si le placenta n'est adhérent qu'en partie. Dans notre observation, il ne reste plus que quelques débris placentaires sur le fond utérin inversé, et le Docteur RIOU, pratiqua un curetage de cette face utérine après badigeonnage au mercurochrome. C'est la conduite à suivre en pareil cas.

En somme, que le placenta soit complètement ou partiellement adhérent, il nous semble préférable de l'enlever avant de tenter la réduction.

— 2° *Par contre, si le placenta n'adhère plus à l'utérus*, on doit pratiquer la réduction immédiate.

Faut-il avoir recours à l'anesthésie générale ? Dans notre observation, la réduction a été effectuée sans anesthésie. Nous avons vu que les femmes atteintes d'inversion récente sont dans un état de dépression

nerveuse, de choc tellement inquiétant, tellement grave, qu'il entraîne souvent la mort de la malade, avant qu'elle ait pu être secourue, et parfois même après la réduction. D'un autre côté le taxis est extrêmement douloureux et aggrave souvent la dépression nerveuse. On peut donc se demander si l'anesthésie, en favorisant les manœuvres de l'accoucheur, n'aurait pas une heureuse influence sur l'état général de la malade (Docteur OUI). Nous pensons pour notre part que l'anesthésie devrait être appliquée toutes les fois que l'état de la malade le permettrait. Le Docteur OUI considère l'anesthésie comme inutile, lorsque la réduction peut être tentée immédiatement après la production de l'inversion, car l'utérus, à ce moment, est assez souple, le col assez peu résistant, et d'une façon générale, l'anneau de Bandl assez relâché, pour que la réduction s'opère sans grandes difficultés, et assez rapidement, pour que l'élément douleur soit presque négligeable.

Mais lorsque l'inversion date de plusieurs heures, ou que l'utérus est contracté ainsi que nous le verrons tout à l'heure, les manœuvres sont plus prolongées, plus douloureuses, et il peut y avoir un sérieux avantage à user de l'anesthésie générale surtout de l'éthérisation.

Comment doit-on pratiquer la réduction de l'utérus inversé ?

Trois circonstances se présentent dans la pratique (Docteur BAR, *Bulletin de la Société d'obstétrique*, janvier 1902) :

a) L'utérus est uniformément mou.

b) Le col est mou, le corps est inerte ou peu contracté, l'anneau de Bandl est contracté.

c) Le col est mou, le corps est uniformément contracté.

— a) L'utérus est uniformément mou. Ce sont les cas où la réduction est le plus facilement obtenue. Les instruments sont dangereux, et certainement inférieurs à la main qui apprécie mieux les modifications qui surviennent, sous l'influence des pressions, dans la forme de l'utérus inversé, et qui agit sur une plus grande surface. La réduction doit donc être opérée uniquement par des manœuvres manuelles, c'est-à-dire par taxis : le taxis central, le taxis périphérique et le taxis latéral (Docteur OUI).

Le taxis central, ou méthode de Viardel, convient surtout aux cas où l'intervention suit immédiatement la production de l'inversion. La malade étant placée dans la position obstétricale, la main gauche, appliquée sur l'hypogastre, déprime la paroi abdominale et fixe ainsi l'entonnoir d'inversion. Avec la main droite fermée (LEVRET), ou plutôt avec l'extrémité des doigts rapprochés et disposés en cône (VIARDEL), l'accoucheur repousse peu à peu le fond de l'utérus à travers le col. La main pénètre à mesure que se reforme la cavité utérine, et s'assure que le retournement est complet. Elle est maintenue dans l'utérus jusqu'à ce que l'organe soit fortement contracté.

Le taxis périphérique, ou méthode d'Astruc, est ainsi pratiqué : on abaisse le tronc de la femme et on élève

le bassin. On repousse doucement la tumeur, en commençant par les côtés, comme on a coutume de le pratiquer dans la réduction des hernies, en faisant rentrer les premières, les parties qui sont sorties les dernières. La paroi renversée se déroulera peu à peu, et l'inversion se réduira.

Le taxis latéral a été employé pour la première fois par DELEURYE, en 1787. Il est ainsi décrit par DENUCÉ : « Ce mode de taxis est celui dans lequel, le globe utérin étant embrassé par la main, les quatre derniers doigts se trouvent appliqués sur la paroi postéro-latérale droite, qu'ils maintiennent fixe par une pression suffisante, tandis que le pouce, appuyé sur la partie inférieure de la paroi antéro-latérale gauche, déprime cette paroi, et par des pressions successives, de bas en haut, du pouce engagé dans la fossette ainsi produite, fait, grâce à la membrane séreuse ou péritonéale qui double le sac utérin, glisser cette paroi sur la paroi opposée. La paroi, sur laquelle agit le pouce, remonte, en venant faire, vers la partie correspondante de l'orifice du sac utérin, une saillie qui augmente graduellement sous la pression continue du pouce, et ramène peu à peu l'utérus dans la cavité abdominale ».

Ces divers procédés de taxis ont tous donné de bons résultats. Parfois cependant on a observé des échecs dont la principale cause paraît être la suivante (Docteur BAR) : « Quand le prolapsus est très marqué, la sangle postéro-supérieure a retenu la paroi postérieure de l'organe, et c'est au-devant de celle-ci, relative-

ment fixe, que la paroi antérieure a continué de s'inverser, entraînant avec elle la vessie, et la paroi antérieure du vagin. Il convient donc de réduire, après avoir vidé la vessie, les parties antérieures ».

M. BAR, cite le cas d'une malade qui avait été amenée dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, le 31 août 1897, avec une inversion utérine. M. le Docteur TISSIER avait essayé de réduire l'utérus, en le repoussant lentement, mais en masse. Il avait échoué. Le lendemain M. BAR réussit facilement, en répétant les manœuvres de réduction, mais en repoussant d'abord les parties antérieures.

— b) Le col est mou, le corps est inerte ou peu contracté, l'anneau de Bandl est contracté.

Parmi les difficultés de réduction qui sont la conséquence de cet état de l'utérus, il en est que l'on doit connaître :

1° L'extensibilité du segment inférieur;

2° La résistance de l'anneau de Bandl.

1° L'extensibilité du segment inférieur s'observe surtout quand l'inversion s'est produite après un travail prolongé.

Si on intervient de suite après la délivrance, rien n'est plus facile que d'obtenir un semblant de réduction, et de repousser l'utérus inversé jusque dans le segment inférieur; mais celui-ci est si mou, si extensible, que, plus on repousse l'utérus, plus le segment inférieur se distend, et il devient très difficile de triompher de la résistance qu'offre l'anneau de Bandl. On peut remédier à cet inconvénient à l'aide d'une main

appliquée sur la paroi abdominale, fixant le cul de fiole, et limitant l'allongement du segment inférieur. Parfois on échoue; on peut alors différer la réduction et attendre quelques heures. Le segment inférieur revenu sur lui-même pourra fournir un point d'appui plus solide aux manœuvres de réduction, ainsi que M. BAR l'a observé en 1885, chez une sage-femme agréée de l'Hôtel-Dieu.

2° Quand l'anneau de Bandl est contracté, on repousse facilement l'utérus dans le segment inférieur, mais la réduction complète ne peut être obtenue. Parfois l'anesthésie suffit à faire cesser la résistance de cet anneau, parfois les doigts de l'accoucheur arrivent à vaincre la contraction. Souvent on échoue; la laparotomie ou l'hystérectomie sont alors indiquées.

— c) Le col est mou, le corps est uniformément contracté. Les conditions sont ici bien spéciales. Les difficultés de réduction atteignent leur maximum, les contractions du corps utérin ayant pour résultat de s'opposer à tout déplissement. Il semblerait donc que l'intervention chirurgicale fut la seule ressource; mais les utérus inversés, qui se contractent bien, saignent peu, et dans ce cas l'emploi des ballons élastiques, combiné avec des manœuvres réitérées de réduction, permet quelquefois d'obtenir des résultats qu'il eût paru au premier abord impossible d'atteindre.

Quand la réduction du renversement a été réalisée, on doit administrer une injection intra-utérine antiseptique et chaude, comme complément à la désinfection de l'utérus, et surtout comme excitant de la con-

traction utérine. Dans notre observation on fit une injection intra-utérine très abondante d'eau iodée très chaude.

Il est bon comme dans notre cas de forcer les fibres utérines inertes, à se contracter par des injections sous-cutanées d'ergotine, de donner quelques antiseptiques par la bouche à titre de préventif d'une infection utérine possible.

Enfin, il ne faut pas négliger non plus le traitement général. Certaines malades ont perdu du sang en grande quantité, d'autres sont dans un état de choc souvent très grave. Ces femmes doivent être surveillées de très près. Les injections de sérum salé permettront de lutter contre leur état d'anémie aiguë; les injections d'éther et de caféine seront employées contre la dépression nerveuse.

Dans un certain nombre de cas, les divers procédés de taxis échouent, et on peut dire qu'il y a irréductibilité absolue, bien établie par quelques faits cliniques très démonstratifs. VELPEAU, chez une femme qui vint mourir dans son service d'hémorragie due à une inversion, ne put, au moment de l'autopsie, arriver sur le cadavre à réintégrer l'utérus en position normale (*La Gynécologie*, t. II; DURET, *Journal des Sciences médicales de Lille*, 9 juillet 1898). MUNDÉ ne réussit pas mieux, même après ouverture de l'abdomen, ayant les pièces en main, à dilater le col. LEGUEU, sur un utérus inversé, enlevé par l'hystérectomie, ne put obtenir la réduction.

D'après DURET, les causes de l'irréductibilité sont les suivantes :

1° La contraction utérine qui rend l'utérus dur et rond et empêche la réinversion;

2° Le spasme du col. Le col contracturé enserre fortement le pédicule de l'utérus inversé, comme le ferait un sphincter, et empêche le refoulement de l'organe à travers son orifice rétréci;

3° La turgescence utérine. C'est une des causes les plus fréquentes. Nous avons vu que l'utérus inversé augmentait rapidement de volume, par suite de l'étiement des ligaments suspenseurs de l'ovaire, qui sont les vecteurs des vaisseaux utéro-ovariens, ou par suite de la contraction du col. Celui-ci se rétracte pendant que le corps devient œdémateux et gros et il ne permet pas la réduction.

Dans ces cas où l'inversion est irréductible par le taxis, il ne semble pas qu'il y ait lieu de tenter de réduire par tamponnements à l'aide de longues lames de gaze, ou par le ballon de Champetier de Ribes, bien que ces méthodes aient donné quelques rares succès.

Il vaut mieux, à notre avis, recourir alors à l'intervention sanglante.

Quelle intervention ?

L'hystérectomie par voie vaginale sera employée de préférence à la voie abdominale, dans le seul cas où l'on ne peut sauver l'utérus. Il vaut beaucoup mieux s'adresser à une intervention conservatrice : la colpo-hystérotomie postérieure (méthode de Küstner-Piccoli) ou la colpo-hystérotomie antérieure (méthode de

Kehrer-Spinelli). La colpo-hystérotomie postérieure semble préférable à la colpo-hystérotomie antérieure, même si on adjoint à cette dernière, comme l'a préconisé Zoletel : l'interposition utérine intervésico-vaginale.

CONCLUSIONS

I. — L'inversion utérine aiguë est une affection rare. Elle est exceptionnelle après avortement, puisque nous n'avons retrouvé que six cas qui aient été cités. Notre travail est principalement basé sur une observation inédite. La cause essentielle de l'inversion est l'inertie utérine.

II. — L'inversion utérine aiguë après fausse-couche comme après l'accouchement est un accident de la délivrance. L'utérus inversé le plus souvent au troisième degré, est retourné en doigt de gant et le fond utérin fait issue hors de la vulve.

III. — Le tableau clinique de l'inversion utérine récente, est constitué d'une part, par des signes généraux extrêmement graves tenant à l'hémorragie et à l'état de choc, d'autre part, par des signes locaux : absence du corps utérin dans la cavité pelvienne, existence d'une tumeur à grosse extrémité inférieure faisant issue hors de la vulve, et dont le pédicule supérieur est limité par une rigole circulaire et par le bourrelet saillant du col (type bolet jeune).

IV. — Le diagnostic est facile à faire entre inversion utérine aiguë et prolapsus utérin, fibrome pédiculé, placenta faisant partiellement issue hors du vagin. Ce diagnostic est capital à porter; car une erreur entraînerait une thérapeutique non appropriée et catastrophique.

V. — Le pronostic est grave, mais la guérison sera obtenue très souvent si un diagnostic précoce a conduit au traitement adéquat.

VI. — Le traitement de l'inversion utérine aiguë après avortement doit, comme celui de l'inversion récente après accouchement, être à la fois général contre l'état de choc et local contre l'inversion. Le traitement local dans l'inversion récente consiste dans la réduction immédiate par taxis. Ce n'est qu'en cas d'échec qu'il faudrait recourir à l'intervention sanglante, notamment à la colpo-hystérotomie postérieure de Küstner.

<i>Vu :</i>	<i>Vu :</i>
LE DOYEN :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
TIFFENEAU.	LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDÉRODIAS. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, février 1903.
- ANGELL (A.). — Chronic inversion of uterus (*Policlinico Sez. Chirg.*, 29 : 189-197, avril 1922, *Illust.*).
- ACQUAVIVA. — Contribution à l'étude des variétés de l'inversion utérine. Leur traitement chirurgical et en particulier l'hystérectomie vaginale. (*Thèse Montpellier*, 1899.)
- ARETA (T.) et CARRA (E.). — Inversion utérina total y cronica de Siete anas. (*Semana Med.*, I ; 90-92, janvier 13, 1927).
- BAR (P.). — *Bulletin de la Société d'obstétr. de Paris*, janvier et mai 1902.
- BECERRO DE BENGUA (M.). — Chronic post partum inversion of uterus. (*An. de Fac. de Méd. de Montevideo*, 5 : 436, july, aug. 1920).
- BELIN (R.). — *Journal de Méd. de Paris*, année 1892.
- BONTE. — *Thèse Paris*, 1900.
- BRASSEUR. — *Thèse Paris*, 1895.
- BRUEL. — *Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*, février 1903.
- CHARPENTIER. — *Traité d'accouchements*.
- CLADO. — Appendice cæcal. (*Société de Biol.*, 1892, p. 133).
- COURTOIS et GRASSET. — « Un cas d'inversion ut. post partum ». (*Bul. de la Soc. d'obstét. et de gynéco. de Paris*, 1932).

- DELBET (P.). — Des suppurations pelviennes chez la femme, 1891.
- DENUCE. — Traité clinique de l'inversion utérine.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie, t. I.
- DUNCAN (Mathews). — Sur le mécanisme de l'accouchement.
- FINDLEY (P.). — *The American Journal of Surgery*, nov. 1927.
- FRESSON (H.). — *Thèse Paris*, 1902.
- GRABIÉ. — Inversion utérine récente. (*Thèse Paris*, 1903).
- GROSS. — *Presse Médicale*, 6 novembre 1901 et *Bulletin Médical*, 30 novembre 1901.
- HANDORN (L.). — Operative treatment and cure in case of chronic puerperal inversion of uterus (*Zentralbl. F. Gynäk.*, t. 47 : 1211-1215, july 28, 1923).
- HAYEM, HERFF. — *Revue des Sciences Médicales*, année 1895, p. 183.
- HEINTZE (M.). — *Thèse Strasbourg*, 1920-1921.
- HO-DAC-DI. — Inversion utérine complète et chronique. (*Presse Médicale*, n° 63, 8 août 1931).
- JARJAVAY. — *Thèse Paris*, 1846, et *Archives de Médecine*, 1846, p. 297.
- JENSEN (V.-W.). — Chronic total inversion of uterus. (*J.A. M.A.*, 75 : 310, july 31, 1920).
- KOCHS. — *Centralblatt für Gynäkologie*, 17 mai 1890.
- KUTSNER. — *Monatschrift f. geb. u. Gyn.*, 1901.
- LABADIE-LAGRAVE et LEGEU. — Traité Médico-Chirurgical de gynécologie.
- LAFFONT et JOHIER. — A propos d'un cas d'inversion ut. complète, survenue au troisième jour des suites de couches. (*Bul. de la Soc. d'Obstét. et de Gynéc. de Paris*, 1929.)
- MERIEL. — Inversion utérine spontanée. (*Annales de la Soc. d'Obstét. de Toulouse*, 1908.)

- MESLEY. — Inversion utérine opérée quatre mois après l'accouchement. Décès à sixième, d'une grossesse ultérieure. (*Société Nationale de Chir.*, séance du 22 janvier 1930).
- NICHOLSON (E.). — Inversion uterina chronica ; euracion quirurgica ; embarazo ultérior, operación cesarea. (*Bol. Soc. de Obst. y Gynécol.* 7 : 392-395, nov. 7, 1928).
- OLIVIERA-MELLO. — *Revue d'Obstet. et de Gynecol. du Brésil*, n° 8, août 1927.
- OUI. — Traitement de l'inversion utérine. (*Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie*, III^e Session, Nantes, septembre 1901).
- PERY. — Un cas d'inversion utérine. (*Bul. de la Soc. d'Obstét. et de Gynécol. de Paris*, 1926.)
- POZZY. — *Traité de Gynécologie*.
- RHENTER et BANSILLON. — Inversion utérine. (*Soc. d'Obst. et de Gynécol. de Lyon*, 1925.)
- RIBEMONT-DESSAIGNE et LEPAGE. — *Précis d'obstétrique*.
- RAWLINS. — Two cases of chronic inversion of uterus (*Proc. Roy. Soc. Med.*). (*Sect. Obst. and Gynecol.*, 24 : 82-84, oct. 1931).
- RIEFFEL. — *Traité d'anatomie de Poirier*, t. V. Organes génito-urinaires de la femme.
- ROUVIÈRE. — *Précis d'anatomie*.
- SICARD. — *Thèse Paris*, 1892.
- STONE (W.). — *Medical Record*, 18 juin 1898.
- TARNIER et BUDIN. — *Traité d'accouchements* (articles de Brindeau).
- TASTE. — *Thèse Lyon*, 1897.
- TESTUT. — *Traité d'anatomie*.
- UPENSKY (S.-V.). — Treatment of chronic cases of inversion of uterus. (*Vrach. Gaz.*, 32 : 1262-1264, sept. 1928).

VARNIER. — Obstétrique Journalière.

VOGEL. — *L'obstétrique*, année 1901, p. 69.

WECKS. — *Archives de tocologie*, 15 juillet 1886.

WEISS. — *Thèse Paris*, 1873.

ZALETEL. — *Gynécologie et Obst.*, 1920.



IMPRIMERIE SPECIALE
DE LA LIBRAIRIE
LOUIS ARNETTE



